Le Numéro : 15 CENTIMES — Numéro Supplémentaire. — 14 Août 1895. — 7 FRANCS par An.

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE STREPTOCOQUE (vaccination, immunité, sérothérapie), par H. Roger. 313
DEUXIÈME CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE, tenu à Bordeaux du 8 au 14 août 1895. 314
CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PEDIATRIE, tenu à Bordeaux du 8 au 14 août 1895 320
CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. Sixième session, tenue à Bordeaux du 1er au 7 août 1895. CXX
SOCIÉTÉS SAVANTES. CXXII

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE [1]

Sixième session, tenue à Bordeaux du 1er au 7 août 1895.

(*Suite.*)

COMMUNICATIONS DIVERSES

L'anorexie mentale. — **Paul Sollier** (de Paris). L'anorexie mentale est un trouble général de la nutrition dont les deux caractères fondamentaux sont l'anorexie et un état psychique spécial qui la précède ou l'accompagne. Ordinairement confondue avec la dyspepsie nerveuse de Leube, et surtout avec la forme primitive de l'anorexie hystérique, avec laquelle le diagnostic est d'ailleurs très délicat, elle doit en être distinguée, car le pronostic en est beaucoup plus grave, la mort pouvant en être la terminaison dans la moitié des cas. Cette affection ne s'observe que chez des jeunes sujets du sexe féminin. La prédisposition mentale héréditaire, se manifestant dès l'enfance par un caractère spécial, paraît en être la cause principale. Les autres causes ne sont que des causes occasionnelles banales. De plus les sujets qui en sont atteints sont ordinairement mal développés et présentent peu les attributs moraux et physiques de leur sexe.

Au point de vue des symptômes, le début est lent et insidieux. L'appétit diminue, puis disparaît tout à fait. L'amaigrissement est très rapide et en quelques mois les malades peuvent perdre le tiers, ou les deux cinquièmes de leur poids, quoique continuant à s'alimenter encore — insuffisamment il est vrai. La circulation périphérique se fait mal. Les vaso-moteurs sont dans un état de contriction presque permanente. Les règles se suppriment. La sensibilité générale et les sens spéciaux ne sont pas atteints. Le goût est cependant un peu diminué; la sensibilité interne de l'estomac l'est également et on peut observer une zone étroite de diminution, de la sensibilité cutanée au creux épigastrique. Il n'y a guère de douleurs (tiraillements, brûlures) qu'au début. Plus tard simple gêne, sensation de pesanteur à l'estomac qui paraît toujours plein, quoique en réalité il se vide assez bien et que la digestion soit accélérée. Pas de dilatation stomacale. Atonie intestinale et constipation tenace. Le sommeil est conservé dans les premiers temps, mais, dans les périodes avancées, il y a de l'insomnie plus ou moins marquée. Il n'y a ni céphalée, ni rachialgie, ni points douloureux. Les forces générales diminuent de plus en plus, mais les malades se refusent à l'avouer. Elles ont en effet un état mental spécial. Tout gravite autour de l'idée de l'alimentation qu'elles cherchent à restreindre, d'une manière générale sous perversions du goût, sous caprices, sous irrgularités, sous tous les prétextes possibles.

Les fonctions psychiques s'altèrent : l'attention est plus faible, la mémoire diminue, l'association des idées se fait mal. Une apathie morale, de l'aboulie, accompagnent cette apathie intellectuelle et le rétrécissement du champ des idées. Il s'y joint exceptionnellement quelques idées hypochondriaques vagues. Mais on voit survenir des accès de désespoir, de spleen véritable, de *tædium vitæ*. Rien ne les intéresse, tout les ennuie. Elles fuient tout ce qu'elles aimaient et deviennent très irritables dès qu'il s'agit surtout de s'alimenter.

La marche est essentiellement progressive et continue, si on n'intervient pas de bonne heure énergiquement. La durée est variable, mais relativement courte et la mort peut survenir dans l'espace de deux ans. La terminaison a lieu par guérison, c'est le cas le plus rare, et sous l'influence du traitement moral, ou par chronicité, ou enfin par la mort dans la moitié des cas. Celle-ci survient par cachexie progressive, par tuberculose aiguë ou par une affection intercurrente. Le pronostic est donc très sévère et nécessite une intervention d'autant plus rapide et énergique qu'à un moment donné les malades peuvent avoir conscience de ce qu'il faudrait faire pour guérir et meurent sans pouvoir y arriver malgré leurs efforts trop tardifs.

Le diagnostic est extrêmement délicat. Relativement facile avec la dyspepsie nerveuse de Leube ou atonie gastro-intestinale neurasthénique de Bouveret, il est au contraire très difficile avec l'anorexie hystérique primitive. Ce n'est guère que sur un ensemble de nuances qu'on peut se baser, en dehors du traitement qui sert de pierre de touche. Ce traitement doit être le moins médicamenteux possible. Comme pour l'anorexie hystérique, il faut recourir à l'isolement, au traitement moral, à l'hydrothérapie, à l'alimentation suivant les règles que l'auteur a formulées pour cette forme d'anorexie, mais ne pas compter autant sur le succès. Le traitement ne doit guère être prolongé plus de trois à quatre mois, et souvent même on doit le suspendre au bout de six semaines à deux mois, si l'état reste stationnaire. Le poids et certains signes psychiques serviront de critérium pour juger l'opportunité de le cesser dans les autres cas. Quant à la pathogénie, elle est assez obscure, mais il semble néanmoins qu'on doive regarder cette affection comme un trouble d'évolution générale d'origine centrale.

M. Régis a observé également des faits qui rappellent entièrement ceux rapportés par M. Sollier. Il insiste particulièrement sur le rôle, que la puberté joue dans l'étiologie de cette anorexie mentale.

Sur tous les autres points, il est d'accord avec M. Sollier.

M. Charpentier (de Paris) rappelle que cette anorexie mentale, élevée à la hauteur d'une entité morbide, par M. Sollier, existe avec tous ses caractères, dans l'hypochondrie, telle qu'elle a été décrite par les anciens auteurs.

Il se demande alors si les malades observés par M. Sollier ne sont pas simplement des hypochondriaques.

Démence juvénile avec athétose double. — **M. Roubinovitch.** Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, appartenant à une famille entachée d'hérédité congestive et alcoolique, qui, à neuf ans, contracte la scarlatine, suivie d'une affection cardiaque, et qui s'adonne à l'onanisme. Enfant, il était très intelligent et a fait jusqu'à quatorze ans de fort bonnes études au collège Chaptal.

A quatorze ans, sans cause apparente, petit à petit il devient dément; en même temps commence l'athétose des mains et de la face. Les mouvements d'athétose qui s'exagèrent sous l'influence de l'émotion consistent chez lui en extension, flexion, abduction et adduction très lentes de tous les doigts. M. Roubinovitch a remarqué qu'en serrant fortement les doigts en extension, on arrive souvent à diminuer les mouvement d'une main. Les muscles de la face se contractent en même temps : on observe notamment la formation au front de rides profondes et persistantes, tantôt à droite, tantôt à gauche. Tous ces mouvements se produisent, quand le malade est debout ou assis, ou quand il marche, ou quand il essaye de manger seul. La parole est lente et s'accompagne de sifflements.

A côté des mouvements athétosiques de la face, le malade présente des tics : les muscles du front se contractent d'une façon brusque, comme pour attirer l'attention de quelqu'un.

Il y a donc chez ce malade deux espèces de troubles moteurs : l'athétose avec ses contractions incoordonnées et lentes et le tic avec ses contractions coordonnées et brusques.

L'auteur accompagne sa communication de photographies instantanées montrant les différentes phases des mouvements athétosiques du malade. Mais ce qui constitue en somme la particularité du cas, c'est l'apparition de l'athétose double tout à fait au début d'une affection démentielle chez un enfant de quatorze ans, jusque là d'une intelligence normale.

Contribution à l'étude de la céphalométrie chez les aliénés. — **M. Vigouroux**, médecin adjoint à l'asile d'Évreux. Nous avons examiné trois cents aliénés de l'asile d'Évreux. Nous avons divisé nos malades en deux grandes catégories : 1° Dégénérés inférieurs (idiots, imbéciles et épileptiques); 2° Vésaniques (persécutés déments, mélancoliques, intermittents, excités, maniaques). Puis nous avons fait deux groupes séparés pour les paralytiques généraux et les alcooliques.

De l'étude des différentes mesures que nous avons faites, il résulte que la moyenne est plus faible dans la série des dégénérés que dans celle des vésaniques. De plus, on voit que, chez les aliénés et surtout chez les idiots, on trouve des maxima et des minima excessifs, et une proportion centésimale inférieure à la normale du terme sériaire moyen.

1. Voy. *Presse médicale*, nos 38 et 39, pp. 301 et 308.

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN, *granulé*.

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing.
Aliment des enfants : Phosphatine Falières.
Constipation : Poudre laxative de Vichy.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire*.
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

Hygiène de la Toilette et Purification de l'Air
EAU ANTISEPTIQUE BOBŒUF
Société du Phénol-Bobœuf, 22, Boul. Poissonnière, Paris

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE
PURGATION POUR RÉGIME
CARABAÑA
Guérit Congestion, Constipation.

Un cas d'athétose double débutant chez l'adulte. — La malade est une femme de trente-deux ans, dont le père était épileptique et la mère nerveuse. Elle a eu deux frères morts d'affections cérébrales suspectes. Elle-même vers l'âge de dix-neuf ans, contracte la syphilis avec son mari (1882) et, en 1886, à la suite d'un avortement, elle voit apparaître des contractions musculaires de la face. Traitée sans résultat, nous la voyons pour la première fois en 1895, et nous constatons les symptômes suivants : contractions musculaires de la face exprimant les sentiments les plus divers et les plus inattendus; nystagmus à oscillations lentes; mouvements d'avant en arrière et de latéralité de la langue, sans hypertrophie; troubles de la parole et mouvements de rotation du cou, convulsions des doigts, des mains et du poignet suivant la flexion, l'extension et le sens latéral, le tout sans rythme appréciable; déformations phalango-phalangiennes simulant les nodosités rhumatismales; subluxation des articles métacarpo-phalangiens. Aux mouvements désordonnés se joint une raideur notable dans les actes volontaires. La maladresse augmente quand la malade se sent observée. Aux pieds, mouvements de flexion et d'extension des doigts et mouvements latéraux tibio-tarsiens. Toutes ces convulsions cessent pendant le sommeil. Elles sont plus marquées à droite qu'à gauche. Les facultés intellectuelles sont très médiocres, mais la malade a toujours été de même; la maladie n'a donc eu aucune influence fâcheuse sur elle au point de vue mental.

Comme causes déterminantes de l'athétose, la multiplicité même des faits qui ont pu présider à sa genèse rendent ce cas encore plus embarrassant. L'hypnotisation a été tentée sans résultat, le traitement spécifique de la syphilis n'a aucune action. On ne peut donc que constater l'existence du syndrome athétose sans en rapporter l'éclosion à aucune raison valable.

Sur la toxicité des alcools. — **Le professeur Joffroy** indique une méthode générale pour évaluer le coefficient de toxicité des liquides. Jusqu'ici les résultats ournis par l'expérimentation, qui consiste à injecter des liquides dans le système veineux d'un animal, sont entachés d'erreurs.

Les premières expériences faites par M. Joffroy consistaient à injecter directement les produits à analyser dans les veines d'un lapin; les résultats obtenus étaient des plus variables. Les autopsies des animaux pratiquées immédiatement après la mort, démontrèrent que cette grande variabilité des résultats était due à ce que la mort était le résultat de la coagulation du sang, et non d'une intoxication.

Il fallait donc trouver une manière d'empêcher cette coagulation du sang. Le chlorure de sodium, le sulfate de soude ajouté à l'eau, permet de pratiquer des injections veineuses. Il fallait donc essayer de diluer les alcools dans ces sérums artificiels, mais de cette façon encore les mêmes effets furent obtenus, la coagulation se fit. M. le professeur Joffroy en était là de ses recherches, et était prêt de les abandonner, lorsqu'il apprit que Haycraft avait découvert en 1885 à l'orifice buccal de la sangsue des glandes dont le liquide empêche de se coaguler. Dès lors le principe de la méthode était trouvé. M. le professeur Joffroy put injecter, dans les veines d'un lapin de 2 kil. 1.200 gr. d'un liquide composé de 1 litre d'eau, du contenu de huit têtes de sangsues, et de 8 grammes de chlorure de sodium. Le lapin mourut après avoir reçu 1200 grammes de liquide, et à l'autopsie on ne trouva aucun caillot.

Par un dispositif spécial, en mélangeant à ce liquide le corps à expérimenter, dans des conditions déterminées, M. le professeur Joffroy put fixer les coefficients de toxicité des différents alcools et voici les résultats obtenus :

Alcool méthylique	25,50
— éthylique	12
— propylique	3,75
— butylique	1,85
— amylique	1,5

Les différents corps contenus dans ces alcools étaient également très importants à étudier. L'aldéhyde a un coefficient de 1,14, l'acétine 5,27, le furfurol 0,24.

M. le professeur Joffroy a déterminé de plus la toxicité des alcools de table :

Le cognac 1894	11,41
Armagnac vieux	11,10
Eau-de-vie de cidre 1894	10,57
Marc de Bourgogne	9,84
Eau-de-vie de prunes 1894	9,41
Kirsch vieux	8,40

En résumé, le fait le plus important est le suivant : M. le professeur Joffroy a découvert une méthode, d'une exactitude presque mathématique, pour déterminer le coefficient de toxicité des différents liquides.

De l'appel des jugements correctionnels frappant des individus reconnus aliénés seulement après leurs condamnation. — **M. Giraud**, directeur-médecin de l'asile de Saint-Yon. Il n'est pas rare, dans les asiles, de recevoir des aliénés transférés de la prison et dont l'état mental avait été méconnu au moment de leur condamnation. M. Paul Garnier pour la période quinquennale 1886-1890 en a relevé 255 cas à Paris; M. H. Monod, pour la même période, en a relevé 271 cas en province. Dans la grande majorité des cas, les condamnations sont prononcées par les tribunaux correctionnels et le plus souvent après la procédure des flagrants délits. Ces condamnations ne seraient pas prononcées, si l'état mental de l'aliéné était reconnu à temps, et le malade subit une flétrissure imméritée. On doit s'attacher à effacer cette flétrissure et M. Giraud rapporte la procédure très simple, suivie à Rouen, pour faire appel d'un jugement condamnant une vieille démente de soixante-douze ans à trois mois de prison. L'appel fut porté par M. le procureur général à qui le fait avait été signalé, et la Cour, réformant le jugement, prononça l'acquittement.

Il est à désirer que, dans la nouvelle loi sur les aliénés, des dispositions soient prises pour annuler toutes les condamnations dues à ce que l'état du malade était méconnu. Ce serait peut être actuellement possible en vertu de la loi du 8 juin 1895 sur la revision des procès criminels et correctionnels, mais, en tout cas, ce qui vient d'être fait à Rouen pourrait être généralisé pour les condamnations par les tribunaux correctionnels pendant les délais d'appel du procureur général, délais qui aux termes de l'article 203 du Code d'instruction criminelle sont de deux mois après la condamnation. Le plus habituellement, les aliénés victimes d'une erreur judiciaire sont transférés de la prison à l'asile moins de deux mois après leur condamnation, mais la condamnation n'est pas encore définitive puisqu'elle est susceptible d'appel.

Pathogénie et traitement rationnel de la neurasthénie. — **Maurice de Fleury** (de Paris). En étudiant l'épuisement nerveux au triple point de vue de l'étiologie, de la séméiologie et de la thérapeutique expérimentale, on acquiert la conviction que la neurasthénie est caractérisée par une diminution du tonus musculaire et de la sécrétion glandulaire; l'hypotonus se révèle par l'amyosthénie, la baisse de la pression artérielle et la mollesse de la contraction du cœur, par l'instabilité des jambes et la maladresse des mains, l'asthénopie accommodative, la dilatation de l'estomac, la constipation, l'entéroptose, etc., etc., l'affaiblissement de la sécrétion glandulaire se trahit par la sécheresse de la peau, la lenteur de la digestion gastrique et duodénale, l'asthénie génitale etc. etc.

La neurasthénie est donc une maladie du tonus : or, le tonus est un réflexe, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Broudgeest : quand on coupe les racines sensitives du nerf mixte correspondant, le tonus s'affaisse. Il est donc entretenu par des excitations incessantes venues du monde extérieur, excitations mécaniques qui portent sur les terminaisons nerveuses sensitives (nerfs de la peau, des aponévroses, et des muscles de la surface respiratoire, de la muqueuse digestive, de la tunique des vaisseaux).

Or la meilleure thérapeutique de la neurasthénie consiste précisément en stimulations méthodiques de ces terminaisons sensitives, par les frictions sèches, les douches, le massage, la cure d'air, l'étincelle statique, les injections hypodermiques de sérum artificiel.

C'est ainsi que la thérapeutique purement dynamique, sans drogues, est le traitement théoriquement le plus rationnel et, pratiquement, le plus efficace de l'épuisement nerveux.

Syringomyélie primitive et syringomyélie secondaire. — **M. G. Marinesco.** La syringomyélie typique, est sous la dépendance de la prolifération progressive de l'épithélium du canal épendymaire produite par un mécanisme qui reste à déterminer. A cette prolifération s'ajoute un degré de tension dans le canal épendymaire qui explique pourquoi ce canal est toujours dilatée. Les cavités syringomyélitiques sont tapissées d'un épithélium qui ressemble, à plusieurs points de vue, aux cellules qui tapissent le canal central. C'est à cette forme clinique, dont le substratum anatomopathologique est constitué par la gliose et la dilatation du canal épendymaire avec envahissement de la substance grise, qu'on doit réserver le nom de syringomyélie vraie, primitive. Dans certains cas, la prolifération névroglique constitue une tumeur fermée à laquelle on donne le nom de gliome.

Il y a des syringomyélies secondaires, dont le point de départ n'est pas dans la névroglie du canal central, mais dans d'autres éléments de la moelle. On peut considérer, comme type de cette forme, les cavités que l'on trouve dans la pachyméningite cervicale hypertrophique décrite par Charcot et Joffroy. Dans ce cas, les cavitées formées dans la substance grise postérieure et antérieure, sont secondaires à la compression exercée par l'anneau fibreux pachyméningitique sur la moelle épinière. Le tableau clinique diffère en cela de la syringomyélie primitive, notamment par le fait que la dissociation syringomyélitique est précédée par une période de douleurs pseudo-névrogliques. Enfin, des tumeurs ayant pris naissance dans la moelle elle-même, comme des sarcomes ou des gliosarcomes, peuvent retentir par le mécanisme de compression ou un autre, sur la substance grise et sur le canal épendymaire et déterminer des cavités syringomyéliques secondaires. Mais, dans ces cas, aux symptômes cliniques de la syringomyélie, s'ajoutent des phénomènes insolites, comme des troubles paralytiques très intenses, la perversion tactile de la sensibilité et la distribution irrégulière de l'analgésie.

Pr. Roth. (de Moscou). A propos de l'intéressante communication de M. Marinesco j'ai deux points à noter :

1° Il me semble qu'au point de vue anatomo-pathologique ce serait faire une confusion que d'appeler du nom de syringomyélie primitive les cavités produites par distention du canal central : c'est de l'hydromyélie, et elle ne correspond pas aux faits cliniques que nous sommes habitués à classer sous le nom de syringomyélie. Celle-ci est secondaire et due au ramollissement de la névroglie hyperplasiée.

2° Quant à la genèse des symptômes cliniques, connus sous le nom de dissociation de la sensibilité, elle n'a rien à faire avec la syringomyélie, c'est-à-dire avec la cavité que l'on observe dans la syringomyélie gliomateuse. Ce symptôme est un effet de la tumeur elle-même, comme nous le voyons dans les cas ou il n'y a que gliose des cornes postérieures et pas de cavité; et encore dans les cas très nombreux ou le trijumeau participe à la dissociation syringomyélique. Dans ce dernier cas c'est la gliose de la racine ascendante du trijumeau, et non point une cavité dans le bulbe qui est le substratum anatomique de la thermanesthésie et de l'analgésie.

Je dois encore faire remarquer que la dissociation dite syringomyélique, qui se voit souvent au cours d'autres processus, provient d'une compression de la moëlle.

Dans tous ces cas, les conditions anatomiques de la dissociation dite syringomyélique de la sensibilité sont autres que dans la gliomatose (avec ou sans syringomyélie). Dans la gliomatose se sont les fibres radiculaires qui sont atteintes dans les cornes postérieures, et les plaques d'anesthésie se trouvent du même côté que la lésion et correspondent aux racines dont les prolongements intra-médullaires sont atteints. Au contraire, dans les autres cas que j'ai mentionnés, l'anesthésie occupe le côté opposé et se localise dans la partie inférieure du corps. Ici c'est l'ensemble des fibres sensitives de la moelle qui est atteint après leur entrecroisement comme dans le syndrome de Brown-Séquard.

La neurasthénie et son traitement électrique. — **M. Foveau de Courmelles** (de Paris). A la franklinisation, par douche et bain statique simultanés, traitement de choix de l'état général, il convient d'ajouter, selon les symptômes cérébraux ou médullaires localisés, *la galvanisation ascendante ou descendante*, par suite excitante ou calmante.

La durée de la franklinisation doit augmenter progressivement, car il peut se produire au début — sans la moindre autosuggestion — de l'excitation, du délire, des « éblouissements ». J'ai eu ainsi notamment un cas d'amnésie, de délire et d'excitation, ayant duré vingt-quatre heures après une séance de quinze minutes. Dans la suite, ces phénomènes disparurent peu à peu et la malade guérit.

La neurasthénie cède ainsi, lentement, les symptômes s'atténuant insensiblement pour disparaître.

La galvanisation est réservée aux phénomènes locaux.

La meilleure forme de franklinisation est une sorte de courant descendant, la douche céphalique étant positive et le bain négatif. La douche peut se donner à travers des peignes métalliques divers, argent, nickel, aluminium.

Note au sujet d'un projet d'asile d'alcooliques pour le département de la Seine. — **M. Deschamps.** L'auteur, après avoir résumé l'évolution qu'a suivi depuis un an, devant les corps élus, la question du projet d'asile spécial pour alcooliques, fait en quelque sorte la synthèse des propositions particulières relatives aux adaptations propres à cet établissement et conclut à la reprise du projet d'essai d'hospitalisation à part des buveurs d'habitude, dans des limites restreintes à 50 malades, comme cela se fait en Suisse. Il propose en outre de tenter cet essai, sans l'érection préalable de constructions coûteuses, par simple appropriation de locaux existants, en attendant que les données pratiques tirées de la tentative permettent de poser des règles plus précises définitives.

Remarques sur l'état mental de quelques séniles. — **M. A. Marie.** A propos des 300 séniles évacués des asiles de la Seine et hospitalisés à la Colonie familiale de Dun, l'auteur signale la fréquence relative des psychoses mélancoliques tardives avec tendances au suicide (melancolia a miseria). Il s'attache à montrer l'extrême diversité des états mentaux, catégorisés démences séniles. Il étudie ainsi les pseudo-démences des délires chroniques systématisés et termine en signalant le rapport possible de cause à effet entre certaines lésions circonscrites tardives et certaines particularités hallucinatoires.

De la paralysie vaso-motrice dans ses rapports avec l'état effectif des paralytiques généraux. — **MM. Klippel et Dumas** (de Paris). 1° Les recherches de Piégu (1846), de Chelius, de Buisson, de Fich, de Mosso, de Meynert, de François Frank, de Hallion et Comte, ont porté depuis ces dernières années sur les moyens d'enregistrer les variations volumétriques des membres, dues aux modifications profondes de la circulation périphérique et les variations du pouls capillaire dues aux variations superficielles de la même circulation.

2° Lorsqu'à l'aide du pléthysmographe de Hallion et Comte, on étudie sur un tambour de Marey la circulation capillaire normale d'un doigt, on constate une ligne onduleuse qui répond aux ondulations physiologiques de la circulation capillaire. Ces ondulations isochrones du pouls sont peu marquées chez les sujets sains.

Si, pendant les expériences, on pique la main du patient avec une épingle, on constate aussitôt la transfor-

mation de la ligne ondulueuse en une ligne droite ou presque droite.

Cette modification provient des phénomènes de vaso-constriction, qui se produisent dans les artérioles périphériques et qui, faisant obstacle à la vasodilatation, suppriment pour un temps de sept à huit secondes le graphique circulatoire normal.

Ces deux faits étant posés, nous avons pensé qu'il était intéressant de rechercher ce qui se passe chez les paralytiques généraux dans les mêmes conditions d'expérience.

3° Nous avons étudié des paralytiques généraux en état de délire expansif, qui exprimaient, dans leurs propos incohérents, cette satisfaction caractéristique de leur maladie, et voici ce que nous avons constaté :

a. Le tracé ondulatoire est beaucoup plus marqué qu'à l'état sain.

b. Ce tracé ne se transforme jamais en ligne droite sous l'influence d'une piqûre.

Nous sommes donc fondés à admettre une paralysie des vaso-constricteurs et, par suite, une vasodilatation plus considérable qui s'inscrit par les ondulations plus marquées du pouls capillaire.

On ne peut admettre que chez nos malades la paralysie des vaso-constricteurs est due à une anesthésie cutanée; en effet, la sensation douloureuse est nettement perçue, les voies centripètes sont intactes. C'est donc à un trouble fonctionnel des centres d'élaboration ou des voies de transmission que nous attribuerons la suppression du réflexe.

4° Au point de vue psychologique, cette paralysie a son importance.

a. Tout d'abord, on s'explique leur état de satisfaction intense par cette dilatation périphérique, que Cl. Bernard, Lange, et la plupart des psychophysiologistes modernes considèrent comme l'expression de la joie ou comme la joie elle-même.

b. Cette base organique profonde nous explique la ténacité, parfois extrême, de cette satisfaction que rien de réel ne justifie.

c. Nous conclurons donc en disant que, dans les périodes de délire expansif, la paralysie des vaso-constricteurs et la vaso-dilatation qui en résulte nous paraissent intimement liées à l'état de satisfaction des paralytiques généraux.

d. Nous croyons avoir lieu de penser, d'après des expériences toutes récentes, que les mêmes phénomènes ne se reproduisent pas dans les périodes de dépression

M. Tissié (de Bordeaux) applique le traitement de la gymnastique aux phobies, agoraphobie, peur de l'eau, etc. Il a remarqué que si une grande fatigue provoque ces psychoses, une douce fatigue les atténue ou les guérit. Tout traitement gymnastique est long; il faut l'assurer et obliger les malades à le suivre. M. Tissié a trouvé un procédé. Plusieurs phobies qu'il a traitées avaient été provoquées par des rêves ayant agi par autosuggestion. D'autre part la suggestion directement thérapeutique n'ayant pu réussir, il a créé des rêves thérapeutiques. Il veut faire traverser la rivière à un hydrophobe, il lui fait rêver pendant son sommeil à une promenade agréable sur l'eau, il impose ainsi une tendance. Il renforce cette tendance par une suggestion donnée constamment au moyen de l'odorat, il fait pour cela respirer un parfum au malade endormi et lui donne la suggestion d'association de mémoire entre le parfum et l'acte à accomplir. Quand le sujet est ainsi bien préparé, il lui donne la suggestion directement thérapeutique de se rendre au gymnase. Il commence alors le traitement. Celui-ci est délicat. M. Tissié émet diverses propositions à ce sujet. Il faut savoir doser la fonction musculaire qui est en même temps une fonction nerveuse; la gymnastique agit profondément sur les fonctions psychiques du sujet, beaucoup de psychoses étant des manifestations d'une maladie de la nutrition générale.

(A suivre.) DE MASSARY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

31 juillet 1895.

Appendicites. — **M. Reynier.** Au point de vue de l'intervention et de la clinique, je suis resté partisan des idées qu'avait formulées M. Quénu, lors de notre dernière discussion sur cette importante question.

Depuis, j'ai observé 22 cas d'appendicite dont 16 ont été suivis d'intervention; j'ai eu trois insuccès, dont l'un, survenu deux mois après l'opération, est dû à la tuberculose.

J'ai trouvé toujours du pus. Deux fois, il s'agissait de tuberculose et cinq fois j'ai pu y penser, étant donné les antécédents des sujets.

Nous ne devons pas oublier que l'appendicite guérit fréquemment sans intervention; plusieurs de mes collègues se sont contentés pour eux-mêmes d'un traitement exclusivement médical, et moi-même j'ai eu, à seize ans, une attaque d'appendicite assez grave et dont j'ai complètement guéri sans opération.

En présence de ces guérisons, il faut que l'intervention que nous proposons au médecin n'augmente pas les dangers de l'affection elle-même; le seul moyen est de limiter l'intervention à la recherche du pus. Aussi, je n'admets point qu'on essaie de détruire les adhérences protectrices, afin de ne pas laisser inaperçu un foyer dont l'existence n'est pas démontrée.

Ne trouve-t-on pas de pus, on drainera et le résultat obtenu sera excellent; dans deux cas, où je me comportais ainsi, je vis sourdre le liquide purulent au bout de quarante-huit heures.

Quant à l'incision, elle doit être iliaque dans la majorité des cas; pour les abcès éloignés dont parlait M. Brun, il faut assurément la modifier. La laparotomie médiane doit être abandonnée.

On parle beaucoup de la péritonite généralisée et des succès de l'intervention dans ces cas; je pense qu'elle est l'exception, tout au moins chez l'adulte. La réaction péritonéale est généralisée au début, mais il n'y a pas péritonite généralisée. C'est, partant de cette idée, que je limite l'incision et que je n'interviens pas dès les premières heures: il vaut mieux attendre deux ou trois jours, tout en ne se fiant pas à l'accalmie trompeuse qui survient souvent.

Avec cette pratique, je ne sauve évidemment pas les malades qui meurent dans les trois premiers jours, mais il ne me paraît pas démontré qu'on les guérisse souvent. Dans les prétendus succès que l'on obtient, rien ne dit que le mal ne se serait pas limité. On ne saurait trop dire que dans toutes ces questions de péritonite, le malade aide beaucoup au triomphe du chirurgien.

En résumé, je pense qu'il ne faut pas intervenir tout au début. Il vaut mieux attendre, afin de relever le cœur, qui faiblit toujours au commencement de la réaction péritonéale, et de voir se former les adhérences protectrices.

M. Schwartz Je ne veux pas m'étendre sur les appendicites à répétition, bien que leur traitement soit souvent délicat à fixer; je suis intervenu treize fois et j'ai eu treize guérisons; ces faits sont consignés dans la thèse d'un de mes élèves, M. Damaye.

J'ai opéré quinze cas d'appendicite aiguë et subaiguë que l'on peut ranger dans deux grandes classes. La première comprend tous les cas d'appendicite avec allure de péritonite généralisée: la septicémie péritonéale subaiguë en est une sous-variété. La seconde comprend tous les cas de péritonite localisée péri-appendiculaire.

Je n'ai obtenu qu'une guérison sur 5 cas de péritonite généralisée; mon cas heureux a trait à une femme de quarante-sept ans dont le début des accidents appendiculaires avait coïncidé avec les règles; je trouvai une collection purulente dans la fosse iliaque droite et du pus crémeux, jaune pâle dans la cavité péritonéale.

Mes cas d'appendicite enkystée sont au nombre de 9 et tous se sont terminés par la guérison. Enfin une fois, chez un homme de cinquante-sept ans, existait dans la fosse iliaque une tumeur que l'on pouvait prendre pour un néoplasme. J'incisai et trouvai une masse fibrineuse; je drainai et la guérison survint, mais il n'y eut pas de pus.

Quand on ne trouve pas de pus, je pense avec MM. Monod, Quénu et Tuffier, qu'il ne faut pas pousser trop loin les recherches, et qu'il vaut mieux se contenter d'un simple drainage.

En somme, je suis partisan de l'intervention précoce et de l'incision iliaque. Toute appendicite enkystée doit être ouverte le plus tôt possible. Quand il n'y a pas de pus, on se contente de drainer. Enfin, pour les appendicites à rechutes, on réséquera à froid.

M. Reclus. Lors de notre précédente discussion, à laquelle, d'ailleurs, celle-ci ajoute fort peu de chose, malgré sa longueur, on semblait dire que la laparotomie pour appendicite à répétition était chose facile. Eh bien, j'ai opéré quatre fois pour des cas de ce genre, et trois fois je me suis trouvé aux prises avec des difficultés. Dans le dernier cas, j'ai enlevé un appendice qui me semblait sain, et qui, pourtant, était lésé, ainsi que l'examen histologique, pratiqué par M. Pilliet, l'a démontré.

Je ne parlerai pas des péritonites généralisées et de leur guérison, car je n'en ai jamais observé d'exemple, mais je crois que leur guérison doit être rare, exceptionnelle, si même elle existe. Souvent, sans doute, on prend pour des péritonites généralisées de grandes collections enkystées.

Quand faut-il intervenir? Toutes les fois qu'il y a *empâtement dans la fosse iliaque.* Ce point de diagnostic est fort important, car c'est grâce à lui que je ne suis jamais dans l'hésitation. J'ai opéré 27 fois et j'ai eu 26 succès.

Relativement aux abcès à distance, dont on s'est beaucoup occupé, je dirai que Gerster les a décrits complètement, il y a longtemps déjà. Ce sont des abcès dont le siège éloigné de la fosse iliaque s'explique par une anomalie de longueur de l'appendice; récemment, par exemple, j'ai trouvé un appendice de 14 centimètres.

M. Poirier. J'ai opéré 13 malades et j'ai eu 2 morts. J'ai toujours pratiqué l'incision de Roux et, dans tous mes cas, j'ai trouvé du pus. Une fois, le foyer remontait très haut, et mon drain s'est enfoncé de 33 centimètres. Dans un cas, j'ai ouvert la vessie dans les conditions suivantes: à l'ouverture du ventre, je trouve une tumeur presque transparente que je prends pour une collection péritonique enkystée; je la ponctionne et en extrais du liquide clair. Derrière elle était un abcès que j'ouvre. Les jours suivants une fistule urinaire montre que la prétendue collection séreuse n'était autre chose que la vessie dont les parois étaient très amincies.

Relativement aux indications opératoires, je pense qu'il y a avantage à opérer, quand on trouve de l'empâtement de la fosse iliaque ou qu'il y a de la température.

M. Tuffier. M. Reclus doute de la guérison de la péritonite généralisée. Les cas que j'ai publiés étaient pourtant de véritables péritonites généralisées, tant au point de vue anatomo-pathologique que clinique.

Quant aux abcès à distance décrits par Gerster, ils ne ressemblent en rien à ceux que je désigne sous ce nom, puisque ceux-ci n'ont aucune relation avec l'appendice et sont plutôt des abcès pyohémiques.

M. Jalaguier. Laissant de côté complètement les appendicites compliquées de péritonite localisée, je ne reviendrai, en terminant cette discussion, que je suis heureux d'avoir soulevée, que sur les appendicites compliquées de péritonite généralisée. Sur 74 cas d'appendicite ou de typhlite, j'en ai observé 33 s'accompagnant de péritonite généralisée. Sur ces 33 observations, 5 me sont étrangères et appartiennent à MM. Gérard-Marchant, Nélaton et Monod; les 28 autres me sont personnelles. Toutes ont trait à des enfants; 22 fois je suis intervenu, 12 fois il s'agissait de péritonite septique diffuse, et j'ai eu 12 morts, 10 fois je trouvai la forme purulente de la péritonite et j'eus 4 guérisons opératoires. Dans la forme septique il existe dans la cavité abdominale un liquide louche dont la production peut être très rapide et s'est faite, une fois en vingt-deux heures. Dans la forme purulente, le péritoine irrité a le temps de réagir et on trouve du pus et des fausses membranes.

Au point de vue clinique, je crois qu'on peut souvent distinguer ces deux grandes variétés de la péritonite. Dans la péritonite septique diffuse, la douleur abdominale est peu vive, le météorisme, les vomissements manquent, la diarrhée survient, la température remonte d'abord à 39 degrés, puis s'abaisse en même temps que le pouls augmente de fréquence, la respiration reste ordinairement normale, la langue est humide, le faciès terreux, plombé, les sclérotiques jaunâtres. La palpation du ventre est souvent indolente. En résumé, ce qui domine, c'est l'absence de phénomènes abdominaux proprement dits.

Dans la péritonite purulente, au contraire, on trouve un début brusque et tous les symptômes abdominaux ordinairement décrits: tympanisme, douleur, vomissements, constipation. Le pouls et la température sont moins dissociés que dans la forme précédente, le faciès moins plombé. A la percussion, on trouve de la sonorité exagérée. Enfin, le toucher rectal ou vaginal pourra par fois faire reconnaître un peu d'épanchement dans les culs-de-sac.

Entre ces deux types, il existe assurément tous les intermédiaires, mais on peut dire cependant que les deux types que j'ai décrits existent et que le diagnostic en est possible.

J'attache une grande importance au diagnostic de ces deux formes, car, s'il s'agit de péritonite septique, je n'interviens pas, si ce n'est au début, tandis que j'opère toujours dans le cas de péritonite purulente.

Le gaïacol comme anesthésique local. — **M. Lucas-Championnière.** Mon interne en pharmacie, M. André, ayant remarqué, dans des circonstantes toutes fortuites, que le gaïacol possède des propriétés anesthésiques, j'ai essayé et fait essayer par des dentistes ce nouveau produit.

Les résultats sont des plus satisfaisants et font penser que la cocaïne trouvera dans le gaïacol un succédané précieux. J'emploie la solution à 1/20 dans l'huile d'olives. Relativement à la quantité, 0 gr. 05 de gaïacol suffisent et ne sont nullement dangereux. Le seul inconvénient à signaler, c'est la production d'une petite plaque de sphacèle au point d'inoculation. J'ajoute enfin que l'anesthésie s'obtient moins vite qu'avec la cocaïne.

M. Bazy. Depuis deux mois j'utilise le gaïacol comme anesthésique, parfois même en badigeonnages simples, et je n'ai qu'à m'en louer.

M. Delorme. Je me sers du gaïacol depuis des années comme topique dans le traitement des abcès froids. Je n'ai jamais eu d'accidents à déplorer.

M. Reclus. Je ne demande pas mieux que d'utiliser le gaïacol, mais je voudrais faire remarquer que bien maniée la cocaïne ne donne pas tous ces accidents dont on parle sans cesse. Quant au gaïacol, je demande qu'on l'emploie à faible dose, si l'on ne veut pas avoir à constater les insuccès qu'on a tant reprochés à la cocaïne et qui n'étaient dus qu'à l'énormité des doses employées.

(La Société entre en vacances et s'ajourne au premier vendredi d'octobre.)

BIBLIOGRAPHIE

A. Guépin. — *Œuvres complètes du Dr E. Reliquet.* Tome I. *Traité des opérations des voies urinaires.* Tome II. *Traité et opérations des voies urinaires.* Tome III. *Leçons sur les maladies des voies urinaires.* Prix des 3 volumes parus : 18 fr. (L. BATTAILLE et Cie, éditeurs).

A. Lutaud. — *Manuel des maladies des femmes*, clinique et opératoire. *Troisième édition.* 1 vol. in-12, de 508 pages, avec 418 figures. Prix : 8 fr. (BATAILLE, éditeur).

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC.... COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCPO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment. 4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

38, Rue Boileau, 38 PARIS

Une cuiller à Café après chaque Repas. **PEPSI-MALTOSE DURAND** ANOREXIE TYPHLITE Dyspepsies. Gastralgies

Une cuiller à Café après chaque Repas. **MALTOSE DURAND** ENTÉRITE TUBERCULOSE

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULE; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

CONTRE Maux de gorge, Aphtes, Extinction de voix, Angine, etc. **GARGARISME SEC** du Dr WILLIAMS UTILE aux Orateurs, Prédicateurs, Chanteurs, Conférenciers, etc.

Ce Bonbon composé d'Extrait de mures et de roses rouges renferme 0,05 de Bi-Borate de Soude et 0,001 de Chlorhydrate de Cocaïne pur. — Il présente sur les gargarismes liquides l'immense avantage : 1° d'être très portatif et par conséquent de pouvoir être utilisé à tout moment et en tous lieux ; 2° de rester plus longtemps en contact avec les parties malades et d'atteindre plus avant dans la gorge. Il tonifie les muqueuses, détergé les parties excoriées et calme les inflammations existantes.

DÉPOT : *PHARMACIE NORMALE :* 19, Rue Drouot, PARIS.

GRANULÉS EFFERVESCENTS de **CHLORALOSE BAIN**

HYPNOPTIQUE NOUVEAU (Formule HANRIOT et Ch. RICHET)

B. BAIN & FOURNIER, seuls Préparateurs, *43, Rue d'Amsterdam, Paris.*

HAMAMELIS du Doct. LUDLAM

Hémostatique, régulateur du système veineux. GOUTTES CONCENTRÉES, 12 à 14 gouttes par jour.

PARIS, Pharmacie CABANÈS, 34, boulev. Haussmann. — *Envoi d'échantillons sur demande*

Société Française de Produits Pharmaceutiques

PRODUITS CHIMIQUES PURS — PRODUITS PHARMACEUTIQUES SCRUPULEUSEMENT PRÉPARÉS

ADRIAN & Cie

9 et 11, rue de la Perle — PARIS — *Usine à COURBEVOIE*

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES PRÉPARÉES DANS LES LABORATOIRES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ADRIAN & Cie.

Anémie, Chlorose, Épuisement

AFFAIBLISSEMENT GÉNÉRAL

Hémoglobine Soluble

de V. DESCHIENS

PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPAPATEUR DES GLOBULES DU SANG

SIROP — ÉLIXIR — VIN — DRAGÉES

ALIMENTATION des MALADES et des CONVALESCENTS par les

POUDRE de BIFTECK ET **Poudre de Viande Adrian**

les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

Tuberculose Pulmonaire

PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Bronchites aiguës et chroniques

Dilatation des bronches, Bronchorrée.

GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON

et Gaiacol-Eucalyptol iodoformé Sérafon

EN CAPSULES : pour l'usage interne.

EN SOLUTIONS : pour injections hypodermiques.

AFFECTIONS du CŒUR et de la RESPIRATION

VIN CARDIAQUE DU Dr SAISON

Spartéine, Convallamarine et Iodure de Potassium

DOSES : ADULTES : 2 cuillerées à soupe matin et soir. ENFANTS : 2 cuillerées à café matin et soir.

DYSPEPSIES ATONIQUES Coliques Hépatiques ET Néphrétiques

QUASSINE ADRIAN

EXCITE L'APPÉTIT et DÉVELOPPE les FORCES.

DRAGÉES : dosées à 25 mgr Quassine amorphe.

GRANULES : dosés à 2 mgr Quassine cristallisée.

VÉSICATOIRE LIQUIDE BIDET

Employé dans les Hôpitaux

PROPRETÉ, EFFET CERTAIN

APPLICATION FACILE

Pas d'Accidents cantharidiens

SULFURINE du Dr LANGLEBERT pour BAIN SULFUREUX SANS ODEUR

Le bain de **SULFURINE** possède exactement les propriétés thérapeutiques du bain sulfureux ordinaire dit de *bareges,* avec cet avantage que, sans odeur, il peut être pris CHEZ SOI et dans toutes espèces de baignoires, sans crainte d'altérer métaux et peintures.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES et GÉNITO-URINAIRES

Le Terpinol Adrian

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES *de 15 centigrammes, à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.*

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

BROMURE D'ÉTHYLE ADRIAN

Spécialement préparé pour pratiquer les accouchements sans douleur

SE VEND EN FLACONS DE 30 GRAMMES FERMÉS A LA LAMPE

(Modèle du chloroforme)

COLIQUES HÉPATIQUES

COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

COLIQUES UTÉRINES

Capsules Bruel

D'Ether amyl-valérianique

Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

Dans les laboratoires pour les essais, comme en ville pour les opérations,

Le CHLOROFORME ADRIAN

Spécialement préparé pour l'anesthésie

est toujours préféré. Pour en garantir la conservation indéfinie, il est enfermé dans des tubes scellés à la lampe.

Le CONVALLARIA MAÏALIS LANGLEBERT

en Sirop et Pilules

offre cet immense avantage sur tous les autres médicaments cardiaques, qu'une élimination rapide permet d'en continuer l'usage sans crainte aucune d'intoxication.